FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899 — N° 344

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 17 Mai 1899

Par MICHEL MARKUSZEWSKI

Né à Chalo-Saint-Mars (Seine-et-Oise), le 18 juin 1873

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

SPONDYLOSE RHYZOMÉLIQUE

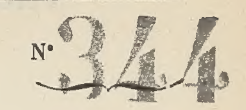
Président : M. POTAIN, *Professeur.*
Juges : MM. HAYEM, *Professeur.*
WURTZ, DUPRÉ, } *Agrégés.*

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899



THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 17 Mai 1899

Par MICHEL MARKUSZEWSKI

Né à Chalo-Saint-Mars (Seine-et-Oise), le 18 juin 1873

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

SPONDYLOSE RHYZOMÉLIQUE

Président : M. POTAIN, *Professeur.*
Juges : MM. HAYEM, *Professeur.*
WURTZ,
DUPRÉ, } *Agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M.	BROUARDEL.
Professeurs	MM.	
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		Ch. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale		DEBOVE. HUTINEL.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils		TERRIER.
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET.
Thérapeutique		LANDOUZY.
Hygiène		PROUST.
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		N..
Pathologie comparée et expérimentale		CHANTEMESSE.
Clinique médicale		POTAIN. JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants		GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses		RAYMOND.
Clinique chirurgicale		DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX. BERGER.
Clinique ophtalmologique		PANAS.
Clinique des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchements		PINARD. BUDIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DESGREZ.	LEJARS.	THIERY.
ALBARRAN.	DUPRE.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ANDRE.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (Aug.).	GILLES DE LA TOURETTE.	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA (André).	HARTMANN.	MERY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
Pierre DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Le Secrétaire de la Faculté ; PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur POTAIN

Membre de l'Institut
Médecin de l'Hôpital de la Charité
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Au moment de terminer nos études médicales, nous nous faisons un devoir d'adresser l'hommage de notre reconnaissance à tous ceux qui ont bien voulu s'intéresser à nous.

Nous avons trouvé, au début de nos études, en M. le Dr Oulmont, médecin de la Charité, un maître bienveillant et qui n'a cessé de s'intéresser à nous. C'est lui qui nous a inspiré le sujet de notre thèse et nous a communiqué l'observation d'un des cas de la maladie si rare qui fait l'objet de notre travail.

C'est auprès de M. le Professeur agrégé Reclus, membre de l'Académie de Médecine, que, pendant notre année de stage à l'hôpital Laënnec, nous avons acquis nos connaissances chirurgicales, nous lui en témoignons notre profonde gratitude.

Nous sommes redevable à M. le Dr Maygrier, médecin accoucheur des hôpitaux, de nos connaissances en obstétrique et nous devons à M. le Dr Dubrisay de savoir nous servir du forceps.

Nous n'oublierons pas notre père qui s'est efforcé de nous enseigner les notions essentiellement pratiques pour l'exercice de la médecine ; nous le remercions des bons conseils qu'il nous a donnés.

Nous adressons à M. le Professeur Potain, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

L'histoire de la spondylose rhyzomélique est de date toute récente. L'auteur allemand Strümpell, dans la première édition de son *Manuel de Pathologie interne,* ne fait que signaler en passant cette maladie singulière, il s'exprime ainsi (1) : « Comme une affection remarquable et semble-t-il même particulière, on peut signaler encore ici en passant cette forme morbide, dans laquelle survient tout progressivement et sans douleur, une ankylose complète de tout le rachis et des deux articulations coxo-fémorales, de telle sorte que la tête, le tronc et la cuisse sont intimement soudés ensemble et tout à fait rigides. Il va de soi que par suite de cette soudure, des modifications toutes particulières de l'attitude et de la démarche, prennent naissance. Nous-mêmes avons vu deux cas tout à fait semblables de cette singulière affection ».

Aucune lésion des articulations scapulo-humérales n'étant mentionnée dans cette vague description, les deux

---

(1) Strümpell, *Manuel de Pathologie interne*, traduit en français, Paris, 1884.

cas de Strümpell ne rentrent pas complètement dans le cadre de la spondylose rhyzomélique.

Une thèse soutenue à Paris, en 1892, par le Dr Thanassesco (1), sur le rhumatisme chronique de la colonne vertébrale, renferme plusieurs observations d'ankylose de la colonne vertébrale tout entière ou des vertèbres cervicales seules, mais sans aucune lésion, soit aux hanches, soit aux épaules.

C'est au Dr Pierre Marie, médecin de l'hospice de Bicêtre, que revient l'honneur d'avoir le premier décrit cette affection et de lui avoir donné le nom qu'elle porte maintenant.

Dans une séance de la Société médicale des Hôpitaux de Paris (2), il présenta deux malades atteints de ce genre de maladie très spéciale dont on compte les observations dans la science; il la définit, lui donna son entité clinique et la fit ainsi entrer dans le cadre nosologique de la pathologie. Il rendit ainsi d'actualité l'étude de cette maladie si rare, car les recherches que nous avons faites à ce sujet ne nous ont permis de trouver que onze observations de véritable spondylose rhyzomélique, celle que nous rapportons personnellement étant la douzième. Le nombre relativement peu élevé d'observations publiées est dû d'abord à la rareté de la maladie elle-même, et vient aussi de ce qu'elle était méconnue et prise, soit pour un mal de Pott, soit pour une ostéite, soit pour une arthrite quelconque. Voici le

---

(1) G. Thanassesco, *Contribution à l'étude du rhumatisme chronique de la colonne vertébrale*, thèse Paris, 1892.

(2) Pierre Marie, *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*. — Séance du 11 février 1898, p. 121.

tableau des cas de spondylose rhyzomélique qu'il m'a été permis de retrouver tant en France que dans les pays étrangers :

Onze cas de Spondylose rhyzomélique.

A. — Quatre observations personnelles de M. Pierre Marie, publiées dans la *Revue de Médecine*, avril 1898 (Deux de ces cas ont été présentés par lui à la *Société médicale des Hôpitaux*).

B. — Un « Examen du rachis dans un cas de Spondylose rhyzomélique », par MM. Pierre Marie et Léri (*Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du 4 février 1899).

C. — M. le Professeur Raymond cite dans cette même séance un cas de Spondylose rhyzomélique qu'il a observé dans sa clientèle, mais dont l'observation n'a pas été publiée.

D. — Rapport d'une autopsie de Spondylose rhyzomélique, fait par M. Gasne (*Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du 3 mars 1899, p. 271).

E. — Quatre observations de médecins étrangers :

a) Une de R. Kœhler, Ein Seltener Fall von Spondylitis deformans (*Charité Annalen*, XII, 1887, p. 619).

b) Une de Beer (Berthold), Ueber Rigidität der Wirbelsaule (*Wiener Médizinische Blatter*, 1897, n°s 8 et 9).

c) Une de Strümpell, Bemerkung über die chronische ankylosirende Entzündung der Wirbelsäule und der Hüftgelenlke (*Deutsche Zeitschrift für Ferwenheilk*, 1897, p. 338).

d) Une de Vittorio Ascoli, publiée dans la *Presse médicale* de 1899, n° 8. Contribution à l'étude de la Spondylose rhyzomélique (*Il Policlino* 1898, n° 12, p. 537-566).

Nota. — Les deux cas que présenta M. Milian à la Société médicale des hôpitaux ne sont que de la spondylose simple, sans ankylose des articulations coxo-fémorales et scapulo-humérales. Nous ne les rangeons donc pas dans cette catégorie. Deux cas de spondylose (*Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du 25 novembre 1898).

Grâce à ces observations et autopsies publiées jus-

qu'ici, grâce à la bienveillance du Dr Pierre Marie, qui a bien voulu nous permettre d'examiner trois malades de son service atteints de cette affection, grâce aussi à l'observation que M. le Dr Oulmont, médecin de la Charité, nous a communiquée, nous essayerons dans ce travail de donner un type de cette entité morbide, tant au point de vue de la symptomatologie clinique que de l'anatomo-pathologie.

CHAPITRE II

Définition

M. Pierre Marie, dans la communication qu'il fit à la *Société Médicale des Hôpitaux*, donne de cette maladie la description suivante : « Ce qui caractérise cette forme morbide, c'est la coexistence d'une soudure de tout ou presque tout le rachis avec une ankylose complète des deux articulations coxo-fémorales et une limitation plus ou moins prononcée des mouvements dans les articulations scapulo-humérales, les petites articulations des extrémités demeurant intactes ».

De là vient la dénomination de cette maladie : σπονδυλος = vertèbre, ankylose vertébrale; ριζα = racine; μελος = membre, ankylose qui atteint la racine des membres.

CHAPITRE III

Symptomatologie

Il faut d'abord justifier pourquoi l'on a fait une place spéciale pour cette maladie qui ne rentre pas dans les formes habituelles de rhumatisme chronique décrites jusqu'à ce jour. Elle diffère des affections rhumatismales que l'on rencontre ordinairement.

Les arthrites rhumatismales aiguës ou chroniques, blennorrhagiques ou non de la colonne vertébrale tout entière ou seulement de la partie cervicale, sont bien connues et décrites ; mais ce qui caractérise notre nouvelle maladie, c'est non seulement l'ankylose complète de la colonne vertébrale dans toute son étendue, mais la coexistence de cette soudure avec l'ankylose complète ou incomplète des articulations de la racine des membres, c'est-à-dire des articulations coxo-fémorales et scapulo-humérales.

Dans les cas de rhumatisme chronique déformant, il peut y avoir, il est vrai, soudure du rachis mais sans ankylose des articulations de la hanche et de l'épaule, et dans les cas de rhumatisme ordinaire, il y a en plus déformation des petites jointures ; car c'est encore un signe particulier de l'affection dont nous parlons que dans les cas observés, on a trouvé qu'aucune articulation

des petites jointures n'était déformée excepté cependant dans trois cas : 1° Dans mon observation personnelle où il y a ankylose de l'articulation de la première phalange avec la deuxième du deuxième orteil droit ; 2° dans deux cas de M. Pierre Marie, où on trouve quelques nodosités de Bouchard. Mais ces lésions sont vraiment minimes auprès de celles qu'on observe dans les véritables types de rhumatisme chronique déformant.

On peut donc déjà remarquer qu'au point de vue clinique, ces deux affections diffèrent l'une de l'autre. En effet, tandis que dans le rhumatisme ordinaire ce sont les articulations des extrémités des membres qui sont atteintes, au contraire, dans la spondylose rhyzomélique ce sont les articulations de la racine des membres qui sont lésées alors que celles des petites jointures sont indemnes.

Après avoir donné les symptômes généraux de cette affection, nous étudierons maintenant séparément l'état de la colonne vertébrale, des articulations, des membres, etc...

En général, la colonne vertébrale est droite dans la partie moyenne et inférieure. Les portions dorsales et lombaires se prolongent habituellement sur une seule et même ligne.

Mais il n'en est pas de même au niveau du dos ; là, les vertèbres cervicales présentent une cyphose plus ou moins marquée avec une certaine déviation latérale droite ou gauche peu accentuée ordinairement. De cette façon, la tête est ainsi presque immobile et ne permet de faire au malade que de très petits mouvements ; peu à peu, avec les progrès de la maladie, ils se limitent et au bout de

quelques années sont complètement supprimés. La tête est ainsi fixée pour toujours dans la position que l'affection a imposée au malade. Naturellement le malade ne peut non plus se baisser, sa colonne vertébrale étant absolument fixe.

Les deux articulations coxo-fémorales sont complètement soudées et souvent, pour ne pas dire presque toujours, ce sont elles qui ont été prises les premières. Elles ne s'ankylosent pas dans la rectitude, mais avec un léger degré de flexion de la cuisse sur le bassin et avec ou sans une légère rotation de la cuisse en dedans.

Les articulations scapulo-humérales sont moins soudéés que ces dernières; chez tous les malades que nous avons vus, les mouvements sont assez bien conservés : l'un ne peut qu'à peine mettre ses mains sur la tête, un autre a ses deux articulations presque saines, un autre n'en a qu'une qui est ankylosée et encore très peu. Mais il y a néanmoins dans les articulations de l'épaule qui n'ont pas été touchées par le mal, des craquements qui nous font croire qu'avec le temps elles pourront à leur tour être soudées un jour. Comme on le voit, les articulations de l'épaule sont celles qui résistent le plus longtemps à l'envahissement du processus morbide.

Aux genoux il n'y a pas d'ankylose, mais les mouvements sont limités par suite de la rétraction tendineuse qui s'opère par défaut d'exercice. C'est grâce à l'intégrité des articulations fémoro-tibiales que les malades peuvent faire quelques pas avec leurs béquilles ou leurs cannes et ne sont pas réduits à l'immobilité complète. Ils marchent ainsi à tout petits pas et d'une façon singulière.

Les autres articulations sont indemnes en général,

bien que deux malades de M. Pierre Marie présentent des nodosités de Bouchard aux doigts et que le nôtre présente cette ankylose au deuxième orteil droit.

Le bassin et le thorax sont aplatis dans le sens antéro-postérieur, les côtes sont complètement immobilisé, ce qui fait que la respiration est seulement diaphragmatique et abdominale.

On ne note aucun gonflement, aucune rougeur au niveau des articulations malades, il n'y a pas non plus de saillies osseuses; mais on peut rencontrer des hyperostoses en explorant la partie inférieure du rachis au niveau des articulations sacro-iliaques, comme c'est le cas des malades de M. Marie; mais il peut ne pas en exister, le nôtre, en effet, n'en a pas. Il peut en exister aussi à la partie antérieure, des corps vertébraux et on peut les sentir au niveau des vertèbres cervicales en faisant toucher intra-buccal et en allant explorer le pharynx.

De là surviennent, au début de la maladie, des troubles de la déglutition qui, du reste, s'amendent plus tard et arrivent à ne plus gêner le malade dans l'absorption des aliments.

Les articulations malades ne fonctionnant plus, il existe au niveau du membre correspondant une atrophie musculaire quelquefois même assez prononcée; mais ces troubles trophiques ne sont nullement dus à des lésions nerveuses d'origine centrale, cérébrale ou médullaire, mais sont le résultat de l'immobilité des articles. De là résulte une diminution de la force musculaire, qui est en raison directe de l'atrophie.

Il n'existe aucun trouble de la sensibilité.

De cet état résulte nécessairement une gêne énorme au point de vue fonctionnel.

Le malade peut à peine se tenir debout, le plus souvent il est obligé de rester constamment couché; nous avons vu deux malades qui étaient au lit depuis plus d'une année. S'ils veulent marcher, la progression ne s'effectue que péniblement au moyen des articulations fémoro-tibiales seulement, puisque les coxo-fémorales sont complètement ankylosées. Aussi sont-ils obligés de se servir de béquilles ou de cannes. Couchés, ils sont même tenus de garder telle ou telle position qui s'accommode le mieux avec leur état; l'un repose sur le dos, un autre est dans le décubitus latéral droit ou gauche, suivant que la lésion coxo-fémorale est plus avancée à droite qu'à gauche. Ils ont ainsi une attitude en Z.

Nous avons vu dans le service de M. Pierre Marie l'un de ces malades qui, ayant une cyphose cervicale assez prononcée et ne pouvant, par conséquent, pas faire reposer sa tête sur l'oreiller, est obligé, pour dormir, de soutenir sa tête au moyen d'un bandeau qui, passant sous son occiput, est fixé au-dessus de son lit.

En somme, cette véritable impotence fait, des gens qui en sont atteints, des malades plus infirmes que bien des ataxiques.

Ils ont, il est vrai, cette consolation de ne plus souffrir. En effet, au début, bien avant que les ankyloses ne soient établies, plusieurs années même avant l'atteinte du mal, ils ont des douleurs spontanées assez vives, qui continuent jusqu'à ce que la maladie soit arrivée à son extrême limite ; mais une fois les localisations faites, les progrès s'arrêtent, les douleurs n'existent plus qu'à la

pression ou si l'on essaye de mobiliser les articulations, mais les souffrances spontanées sont abolies, ou bien, si elles persistent encore, ce n'est qu'à des périodes très espacées et elles ne sont pas comparables à celles de la période initiale.

CHAPITRE IV

Evolution

La marche des progrès de la spondylose rhyzomélique est très lente. En effet, les premières attaques ont lieu ordinairement à la fin de l'adolescence ou au commencement de l'âge adulte, puis le malade peut rester ainsi seulement en proie à quelques douleurs très espacées pendant plusieurs années.

La maladie débute par des douleurs coccygiennes. La soudure du rachis commence d'abord par être complète dans la moitié inférieure, elle va en remontant et peut ne gagner la région cervicale qu'à une période plus avancée ; l'ankylose progresse de bas en haut. Mais il n'en est pas toujours ainsi : notre malade par exemple a commencé à avoir des douleurs cervicales de très bonne heure. Petit à petit apparaissent les craquements dans les articulations qui seront plus tard le siège de l'ankylose, puis les mouvements de la colonne vertébrale et de ces mêmes articulations deviennent de moins en moins libres et ce n'est que vers l'âge de 30, 35 ou 40 ans que la maladie est complètement déclarée et qu'on peut la diagnostiquer.

En somme, c'est une affection incurable, inexorablement progressive et très grave.

CHAPITRE V

Étiologie.

Quant à la cause de cette infirmité il est assez difficile jusqu'à présent d'être affirmatif à ce sujet. Un malade que nous avons vu chez M. Marie avait eu deux blennorrhagies, dont la deuxième dura très longtemps ; chez d'autres, on trouve des antécédents rhumatismaux ; mais il en est aussi qui n'en ont aucun.

Peut-être pourrait-on invoquer le froid humide. Dans aucun cas on ne note de syphilis. Mais ce qu'on peut affirmer, d'après les observations, c'est que cette maladie débute au commencement de l'âge adulte ou à la fin de l'adolescence, tandis que le rhumatisme chronique n'atteint en général que les gens ayant dépassé la deuxième moitié de l'âge adulte. La précocité en est du reste un des caractères spéciaux. Une autre remarque est que seulement les hommes en sont atteints.

Deux cas, il est vrai, échappent cependant à ces règles générales : d'abord le malade de M. Kœhler qui a une cinquantaine d'années et l'observation de M. Gasne qui a rapport à une femme.

Comme on le voit, dans la plupart des cas, il est difficile de voir qu'elle est la véritable cause. Il n'en est pas de même au point de vue anatomo-pathologique, car les observations d'autopsies faites depuis ont permis de constater les lésions.

CHAPITRE VI

Anatomie pathologique.

La pièce sèche n° 69 du nouveau registre du Musée Dupuytren que M. Pierre Marie est tenté de rapprocher de la spondylose rhyzomélique nous donne assez bien une idée des lésions qui peuvent exister. Des ponts osseux font saillie et unissent entre eux les corps des vertèbres lombaires et dorsales.

Dans un cas l'arc antérieur de l'atlas, est soudé à l'apophyse odontoïde de l'axis. Les disques intervertébraux peuvent subsister, être diminués d'épaisseur ou être complètement ossifiés (1) : « Les lames vertébrales sont réunies entre elles par un tissu osseux qui paraît continu avec elles, mais plus mince, doublé par une couche épaisse de ligaments jaunes, formé manifestement par l'ossification des fibres des ligaments jaunes présentant encore la striation verticale de ces ligaments ».

Les apophyses articulaires sont soudées la plupart du temps ; quant aux apophyses épineuses, elles ne le sont pas complètement. L'extrémité postérieure des côtes est fortement fixée aux corps vertébraux. Il résulte que la

---

(1) Examen du rachis dans un cas de spondylose phyzomélique, par MM. Pierre Marie et Léri.

soudure du rachis est complète et on casserait plutôt la colonne vertébrale que de la faire plier.

La soudure du rachis avec le sacrum est absolue dans presque tous les cas ; de plus, il y a souvent à ce niveau des hyperostoses ainsi qu'au niveau des vertèbres cervicales, comme on l'a vu plus haut dans la description.

Les articulations coxo-fémorales sont les seules soudées complètement ; les scapulo-humérales le sont plus ou moins.

CHAPITRE VII

Diagnostic

Le diagnostic de cette maladie est réellement rempli de difficultés au début ; on ne peut guère le faire que lorsque celle-ci est arrivée à la période d'état alors que le malade présente à peu près complètement le type clinique décrit plus haut ; c'est-à-dire non-seulement l'ankylose de toute la colonne vertébrale, mais encore de quelques-unes des quatre articulations coxo-fémorales et fémoro-fibiales. M. Pierre Marie dit que la spondylose rhyzomélique « doit être distinguée de toutes les autres formes de rhumatisme chronique, rhumatisme déformant, cyphose hérédo-traumatique, de l'ostéite déformante de Paget, etc... »

Il sera facile de ne pas la confondre avec un mal de Pott des vertèbres dorsales ou cervicales : En effet, il n'y a ni abcès par congestion, ni troubles médullaires.

Quant à toutes les formes de rhumatisme, elle s'en distingue par tous les signes particuliers que nous avons vu : les articulations des petites jointures, c'est-à-dire celles des extrémités des membres, sont saines. D'autre part, les déformations rhumatismales n'apparaissent guère que vers 40 ou 45 ans. Dans la spondylose rhyzomélique, au contraire, l'ankylose et les troubles fonctionnels qui en résultent débutent vers 20 ou 25 ans.

CHAPITRE VIII

Traitement.

Evidemment, comme dans la plupart des maladies chroniques de ce genre, la thérapeutique est absolument impuissante à enrayer le mal.

M. Pierre Marie a essayé le salol ; deux de ses malades ont pris jusqu'à 13 grammes de salol par jour.

Un autre prend 3 grammes de salol et 3 grammes de salycilate de soude par jour.

L'électrisation ne donne aucun résultat.

Le massage pourrait peut-être être utile au commencement de l'atrophie ainsi que la gymnastique. Un malade de chez M. Marie a enrayé l'ankylose de ses épaules en allant au gymnase se suspendre ou en tirant sur des anneaux munis de ressorts a boudin. Un autre ne suit aucun traitement.

M. le professeur Raymond dit que dans le cas qu'il a observé dans sa clientèle, il eut une amélioration momentanée par le massage et l'électrisation.

Notre malade a pris pendant quelque temps et à plusieurs reprises de l'iodothyrine, il en prend encore maintenant.

OBSERVATIONS

Observation I (Inédite)

Communiquée par M. le Dr Oulmont, *médecin de la Charité, avril 1899.*

Po..., Eugène, âgé de 35 ans, exerce le métier de brodeur.

Antécédents héréditaires.. — Son père a eu une péritonite dont il ne sait pas la nature, mais est assez bien portant quoique un peu asthmatique.

Sa mère qui a eu dix enfants, n'a jamais été malade.

Antécédents collatéraux. — Il a quatre frères vivants qui se portent bien ; un autre est mort de la fièvre typhoïde.

Ses quatre sœurs sont également en bonne santé.

Antécédents personnels. — Nuls ; il n'a jamais eu la blennorrhagie, ni la syphilis.

Histoire de la maladie. — Etant au service militaire, il eut, au mois de septembre 1882, une attaque de rhumatisme polyarticulaire aigu avec fièvre et douleur au niveau du poignet, du pied et du genou droit. Il reste malade jusqu'en juin 1883, date à laquelle il est réformé.

Depuis 1883 jusqu'en 1891 il s'est bien porté.

En 1891 il a eu la grippe pour laquelle il a été soigné à la Pitié. Depuis cette influenza, il a maigri et s'est affaibli progressivement.

En 1893 il éprouve d'abord quelques douleurs dans l'épaule droite. Elles augmentent de plus en plus pendant deux ans, c'est-à-dire jusqu'en 1895, époque à laquelle apparaît une vive douleur à la nuque, pour laquelle il entre à l'hôpital Saint-Joseph où il séjourne deux mois.

Il en sort avec une ankylose complète du cou et de l'épaule droite.

Pendant son dernier séjour à l'hôpital, il avait éprouvé quelques douleurs au niveau de l'articulation de la cuisse gauche pour lesquelles on lui avait mis quelques pointes de feu. On avait constaté à la même époque une atrophie considérable de la cuisse gauche et une atrophie légère du bras droit.

Depuis sa sortie de l'hôpital, c'est-à-dire depuis 1895 jusqu'en 1897, les douleurs dans le cou ont persisté.

L'ankylose ne progresse plus, car elle était complète dès le début. Le malade n'est pas rentré à l'hôpital pour son ankylose dont il ne souffre plus, mais pour des douleurs très vives qu'il a éprouvées au niveau de la hanche gauche il y a 6 mois et qui l'empêchent de marcher.

Six mois avant son entrée à l'hôpital il était incapable de marcher et de travailler; il était obligé de garder le lit.

EXAMEN DU MALADE

Etat actuel. — Etat de la colonne vertébrale et de la tête. — La colonne vertébrale est complètement ankylosée, mais sans saillies et sans déviation excepté au niveau du cou. La courbure cervicale est exagérée.

L'apophyse épineuse de la septième vertèbre cervicale est encore plus proéminente qu'à l'état normal. Elle n'est pas douloureuse à la pression. Les mouvements de flexion et d'extension de la tête sont très limités. Pendant la plus grande flexion possible, la symphyse du menton reste séparée du bord de la fourchette sternale par une distance de six centimètres. Pendant la plus grande extension possible, par une distance de dix centimètres.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, il y a 4 mois, ces distances étaient de 8 centimètres pendant la flexion, de 12 pendant l'extension. Il semble donc que le mouvement de flexion soit actuellement plus facile mais que l'extension ait diminué.

Les mouvements de latéralité de la tête sont complètement abolis. Il est impossible de voir s'il existe des hyperostoses au niveau du corps antérieur des vertèbres cervicales, car le malade a une ankylose de l'articulation temporo-maxillaire droite, qui a débuté en 1892. On ne peut donc pas explorer son pharynx, car il ne peut ouvrir la bouche que d'un très petit écartement. La distance qui sépare l'arc dentaire supérieur de l'inférieur n'est que de 3 centimètres et demi au maximum d'ouverture de la bouche. Il peut néanmoins faire des mouvements de mastication suffisants qui, quoique limités, lui permettent très bien de se nourrir comme tout le monde.

Membre inférieur gauche. — L'articulation coxo-fémorale gauche est complétement soudée ; la palpation provoque une douleur assez vive au niveau de la partie antérieure de l'article. La percussion pratiquée sur le

genou détermine une douleur à distance au niveau de la partie antérieure de la hanche de ce côté.

Le genou gauche n'est pas ankylosé; à son niveau il existe une rétraction tendineuse qui fait qu'il est constamment en flexion sur la cuisse. La palpation n'y provoque aucune douleur, ni aucun craquement.

L'articulation tibio-tarsienne est complètement libre.

A cause de son ankylose de la hanche et de la rétraction tendineuse qui existe au niveau du genou, le malade est obligé de tenir la cuisse gauche dans l'adduction avec une légère rotation en dedans, la jambe étant fléchie sur la cuisse; le creux poplité surélevé est appuyé sur un coussin d'une façon permanente. Pour éviter une rotation en dedans trop accentuée, il maintient son genou gauche contre la face interne de son genou droit.

En résumé, dans le membre inférieur gauche, tout mouvement est impossible, sauf ceux d'extension et de flexion du pied, sauf aussi une légère flexion de la jambe sur la cuisse. L'extension est empêchée par la rétraction tendineuse. L'adduction et l'abduction, la rotation en dedans et en dehors sont complètement impossibles par suite de l'ankylose complète de la hanche.

Membre inférieur droit. — L'articulation coxo-fémorale droite est absolument indemne, ainsi que l'articulation du genou; les mouvements normaux y sont possibles, à condition toutefois que la hanche gauche soit, pendant cette exploration, maintenue dans une immobilité complète. Mais il existe une particularité chez notre malade au pied droit. En effet, l'articulation de la première avec la seconde phalange du deuxième orteil est ankylosée depuis sa première attaque de rhumatisme, c'est-à-dire depuis 1882.

Membre supérieur droit. — L'articulation de l'épaule droite est à moitié ankylosée ; l'abduction est limitée ; dans l'adduction la plus complète, l'axe du bras gauche fait avec la ligne axillaire un angle plus petit que l'angle droit. Le mouvement d'élévation est difficile, le malade peut à peine mettre son bras droit sur la tête. On sent des craquements au niveau de l'articulation scapulo-humérale, ils avaient disparu pendant un certain temps mais sont revenus et existent aujourd'hui. Les articulations du coude et du poignet sont libres ;

Membre supérieur gauche. — Rien d'anormal, excepté quelques craquements dans l'épaule.

Atrophie. — Le membre inférieur gauche est le siège d'une atrophie considérable ; elle n'est pas très appréciable au niveau du mollet, mais elle est très grande au niveau de la cuisse :

	Côté malade.	Côté sain.
Un peu au-dessus du genou.	33 cent.	36 cent.
Au milieu de la cuisse......	33 »	41 »
A la racine de la cuisse............. ..	41 »	48 »

Il existe aussi une atrophie manifeste du membre supérieur droit accusée surtout au bras :

	Côté malade.	Côté sain.
Un peu au-dessus de la ligne épicondylo-épitroclhéenne....	22 c. 1/2	23 c.
Au milieu du bras..........	24 c.	26 c.
Au niveau de l'épaule.................	27 c.	28 c. 1/2

L'atrophie du bras droit est relativement moins considérable que celle de la cuisse gauche.

La force musculaire a également un peu diminué dans le bras droit.

Le malade ne porte pas de nodosités de Bouchard aux doigts.

Examen nerveux. — On observe de plus chez ce malade, probablement à cause de phénomènes de compression, une exagération des réflexes rotuliens. Le réflexe rotulien gauche est moins exagéré que le droit, à cause probablement de la rétraction tendineuse qui s'est opérée de ce côté.

On trouve les réflexes olécraniens et cubitaux normaux.

Le réflexe pharyngien est normal.

De même le réflexe crémastérien.

La pupille droite est considérablement rétrécie, son diamètre est deux fois moindre que celui de la pupille gauche.

La pupille gauche réagit parfaitement à la lumière et à la distance ; la droite réagit faiblement à la lumière et pas du tout à la distance.

Aucun trouble de la sensibilité.

État général. — Il n'y a aucunes lésions viscérales. Les côtes sont complètement unies et ankylosées, ce qui fait que la respiration est uniquement diaphragmatique et abdominale. A l'heure actuelle le malade ne souffre pas quand il est au repos ; au commencement de sa maladie il avait des douleurs spontanées lancinantes, analogues à celles qu'on observe au début du tabès ; mais elles ont complètement disparu depuis un an ; il éprouve cependant quelquefois des élancements dans la cage thoracique.

Ce malade pourrait s'appuyer sur la jambe droite mais il ne peut marcher; depuis dix mois il n'a pas quitté le lit. En revanche, la maladie ne fait plus aucun

progrès, le processus morbide n'envahit pas d'avantage ses articulations; il n'a plus les douleurs spontanées qu'il avait au cou et à l'épaule au commencement de son affection; il ne souffre que quand on veut mobiliser ses articulations malades ou qu'on veut faire faire un mouvement de rotation à sa tête.

L'ordre dans lequel se sont ankylosées ses articulations est donc le suivant : d'abord le 2e orteil droit, puis les vertèbres cervicales, et l'épaule droite et enfin la hanche gauche.

Traitement. — Le malade avait été soumis au traitement de l'iodothyrine que l'on a interrompu du 27 janvier au 1er février 1899, parce que le pouls était devenu fréquent et que la température avait monté.

Actuellement l'état général est bon, le pouls est calme, la température normale; le malade reprend maintenant l'iodothyrine.

Radiographie, — On a essayé de prendre plusieurs épreuves radiographiques, mais à cause de l'état du malade, de la difficulté dans laquelle il est de se bouger, on n'a pu lui faire prendre qu'une position favorable à l'obtention d'une épreuve.

Cette image de la partie cervicale de la colonne vertébrale permet de constater une ombre assez prononcée entre les apophyses des 3e, 4e et 5e vertèbres cervicales, ce qui fait supposer que les ligaments interépineux et sus-épineux sont très épaissis, probablement même en voie d'ossification.

Réflexions. — Le malade dont nous rapportons l'observation, diffère des autres cas publiés jusqu'ici par les particularités suivantes :

1° Les articulations de la racine des quatre membres ne sont pas toutes ankylosées. Seule, l'articulation coxo-fémorale gauche est complètement soudée ; l'articulation scapulo-fumérale droite ne l'est qu'à demi ; quant aux deux autres articulations, c'est-à-dire celles de l'épaule gauche et de la hanche droite, elles sont absolument indemnes.

2° L'ordre dans lequel se sont faites ces soudures est tout différent de celui dans lequel elles se produisent ordinairement ; le processus morbide, au lieu de débuter, comme dans les observations antérieures, par les hanches, a commencé par ankyloser le deuxième orteil droit puis les vertèbres cervicales et l'épaule droite ont été prises simultanément, et ce n'est qu'en dernier lieu que s'est effectuée la soudure de la hanche gauche.

3° Une légère exception à la définition même de cette maladie existe chez ce malade. Il a, en effet, une ankylose de l'articulation de la première avec la seconde phalange du deuxième orteil droit et une légère limitation des mouvements du maxillaire inférieur dû à son arthrite temporo-maxillaire droite.

Observation II (1).

Harr...., Louis, trente et un ans, marchand des quatre saisons, entré à Bicêtre le 24 février 1896. Dans les antécédents héréditaires, on ne trouve rien de spécial, sinon de l'alcoolisme chez son frère et son père. Il a eu la rougeole à l'âge de cinq ans et fut bien portant jusqu'à douze ans ; c'est à ce moment que, pour la première fois, le malade ressentit des douleurs dans les genoux qui ont évolué lente-

(1) P. Marie, *Revue de médecine*, avril 1898, p, 286.

ment et progressivement. Jamais cette attaque n'a nécessité de repos au lit et les articulations n'étaient point gonflées, ni rouges ; le malade n'y ressentait point des craquements, mais il avait une sensation de crampes violentes ; jusqu'à l'âge de dix-huit ans, les choses en restèrent là, le malade était comme tout le monde et ne présentait aucune déformation ; il pouvait travailler sans diffiuclté à la culture de la terre.

A dix-huit ans survient le gonflement peu douloureux et peu considérable du genou gauche, en même temps se montrent des douleurs très violentes, lancinantes, dans la hanche gauche. Le malade marche alors péniblement pendant quelques jours avec des cannes et ne peut se servir que très peu de sa jambe gauche ; pendant quatre mois, après une reprise des accideuts douloureux dans la jambe gauche, notre homme est condamné à un repos relatif, mais il n'a pas de fièvre, la douleur lancinante reste le seul symptôme.

Les deux genoux, à ce moment, surtout le genoux gauche, auraient été le siège d'une hydarthrose légère. Ces accidents persistent jusqu'en août 1883.

En décembre 1883, le malade ne peut plus rester ni assis, ni debout, à cause d'une douleur coccygienne très vive qui l'oblige à demeurer couché sur le ventre jusqu'en août 1884. Pendant ce temps les douleurs de la jambe gauche persistent, mais moins intenses qu'auparavant ; à la suite de l'immobilité, la hanche droite s'ankylose et la soudure est complète, après avoir subi une marche progressive, en avril 1884 ; déjà la hanche s'était ankylosée depuis le mois de septembre 1883. Le 5 août 1884, le malade commence à se lever, la douleur du coccyx ayant diminué ; survient alors une période d'accalmie jusqu'en décembre 1885.

Le malade a pu aller quelque temps sans trop de gêne, ni de douleurs. Mais dans l'intervalle d'un an, décembre 1886, progressivement la colonne vertébrale se raidit, perd sa souplesse, et enfin s'ankylose ; à ce moment aussi, les mouvements de la mastication étaient très pénibles (douleurs musculaires (?). Donc, en décembre 1886, les articulations du genou étaient presque intactes, les deux hanches et la colonne vertébrale étaient ankylosées. La région cervicale s'est prise la dernière.

Depuis cette époque jusqu'en 1887, l'ankylose de la colonne vertébrale s'est accentuée et a gagné davantage la région cervicale, les épaules se prirent alors, de sorte que le malade pouvait difficilement

porter les mains à sa tête. Depuis, les mouvements de l'articulation de l'épaule sont devenus un peu plus faciles.

Pendant toute cette longue période le malade ne s'est pas soigné. Ce n'est qu'en 1889 qu'il entre à l'hôpital Tenon dans le service de M. Chantemesse, où il fut traité par les douches chaudes. A cette époque il se plaignait de troubles de la déglutition, dus, semble-t-il, à l'action du processus morbide sur les vertèbres dans la région cervicale.

Après un séjour de 6 mois à Tenon, il entre dans le service de M. le Dr Routier, pour y être opéré ; on lui fit la résection des deux hanches.

Mon excellent collègue et ami, M. le Dr Routier, a eu l'obligeance de me communiquer à l'égard de son intervention la note suivante que je reproduis fidèlement :

« 1889, 9 octobre. — Résection de la hanche gauche. Il y avait fusion complète du fémur et du bassin, la partie du col fémoral réséquée pesait 40 grammes ; j'ai cru enlever tout le col et j'ai creusé la cavité cotyloïde. Le malade fut traité par la gouttière et la traction continue, 10 kilos furent pendus au pied.

7 décembre. — Pareille opération est faite à droite.

Mai 1890. — Anesthésie pour rompre les adhérences qui limitaient les mouvements des deux cuisses ; mobilisation extrême, flexion, adduction, abduction. Application avec l'aide du Dr Hennequin de son appareil à fracture de cuisse, extension avec 8 kilos à chaque jambe, le malade peut s'asseoir dans son lit.

Décembre 1890. — Le malade est présenté par le Dr Routier à la Société de chirurgie, il marche à l'aide de béquilles, il peut s'asseoir et écarter les jambes ».

Peu à peu cependant la gêne des mouvements dans l'articulation coxo-fémorale reparut et alla en progressant, pendant un temps le malade put encore exercer son métier de marchand des quatre saisons, mais un moment vint où il dut l'abandonner. En mars 1894, il éprouve des douleurs légères dans les coudes et dans les poignets sans gonflement ni rougeur. Il reste dans le service du professeur Jaccoud de mars 1894 à janvier 1895. M. Bélin, pendant ce séjour, aurait constaté chez lui des signes de tuberculose au sommet du poumon gauche. Le même diagnostic a été porté dans un autre service.

Dans cette longue évolution de la maladie, les jointures n'ont jamais été grosses ni tuméfiées.

Etat actuel le 24 février 1896. — Le malade, dans la station debout, se présente avec une flexion des deux genoux, flexion à 130 degrés environ : en même temps il y a flexion du bassin sur les cuisses presque de même degré, de sorte que le tronc, les jambes et les cuisses représentent très bien un Z. En somme le tronc se trouve considérablement incliné en avant ; le cou aussi projeté en avant dans une autre direction que le tronc est presque horizontal. La face regarde par terre à deux ou trois mètres en avant des pieds. Pour garder son équilibre dans la station debout, il est obligé d'appuyer ses mains sur la région moyenne de la face antérieure des cuisses, car, sans cela, dit-il, cela lui fait grand mal dans les reins : il est tenu de recourir à cette manœuvre pour s'empêcher de s'affaisser.

Quand il marche, il est forcé, s'il veut aller loin, d'employer des béquilles ; alors il marche en balançant en avant les deux jambes; elles se posent à terre en avant des béquilles et le corps prend son point d'appui sur les jambes qui restent accolées et au même niveau. Le malade porte alors ses béquilles en avant et exécute un mouvement d'oscillation des jambes. Il peut, avec ses béquilles, marcher pendant une à deux heures.

Quand il progresse sans béquilles, la démarche est toute différente et beaucoup moins sûre. On le voit avancer un pied l'un après l'autre exactement comme s'il existait un pivot traversant les deux genoux et que les seules parties mobiles des membres inférieurs se trouvassent dans cette articulation et dans les pieds.

Il est obligé d'allonger le pas, car quand le talon de la jambe qui passe en avant arrive au niveau de l'autre jambe, il frotte le sol et alors c'est là le mouvement difficile, le malade met, pour y remédier, sa jambe en extension brusque et forcée.

Quand il s'assied, il est forcé de se poser sur le bord du siège et d'avoir au moins l'une des deux jambes allongée, sans quoi il tombe en avant. S'il a une table devant lui, il peut plier les deux jambes sous sa chaise en s'appuyant sur la table.

Pour entever son pantalon, il ne peut y parvenir qu'en appuyant avec un pied sur le bas de la jambe de l'autre côté ; de même, pour enlever ses souliers, il est obligé de faire ainsi pour chaque pied par des mouvements successifs, n'étant plus capable, comme il le dit, depuis de longues années, de toucher ses pieds avec ses mains.

Tous les mouvements des articulations des orteils et de l'articulation tibio-tarsienne sont très forts et d'étendue normale ; les orteils

ne sont le siège d'aucune déformation. Les muscles de la jambe ne présentent rien de particulier ; dans les genoux on ne perçoit pas de craquements, mais il existe des mouvements de latéralité très prononcée ; la flexion est nettement limitée et le talon ne peut être rapproché de la tubérosité de l'ischion que jusqu'à 17 ou 18 centimètres.

L'extension de la jambe sur la cuisse s'exécute normalement et peut être portée à un degré exagéré. Quant aux mouvements de la hanche (flexion, extension, etc.), il n'existent pas.

Les articulations coxo-fémorales sont absolument soudées et quand on prend le malade par un des genoux on peut le soulever tout entier.

Les réflexes rotuliens sont normaux, le réflexe abdominal est fort ; le réflexe crémastérien n'existe pas. Le malade a souvent des désirs génésiques, les érections sont assez fréquentes sans perte de sperme ; les testicules sont petits, ils ont le volume d'un œuf de pigeon, la verge est à peu près normale.

Au lit, notre homme préfère se coucher sur un des côtés, sur la partie postéro-latérale du tronc, c'est-à-dire qu'il touche le plan du lit en même temps par le flanc et par le dos, à droite ou à gauche indistinctement. Couché dans cette position, le malade ramène les couvertures sous le côté qui ne touche pas le plan du lit de façon à se caler. Les jambes restent fléchies sur les cuisses et les pieds croisés l'un sur l'autre. De cette façon, quand il est placé sur le dos par exemple, le malade a sa tête et ses genoux sur un même plan horizontal. Les cuisses, le tronc et la tête forment dans leur ensemble un U assez régulier.

Si l'on examine les membres supérieurs, on voit que les muscles sont bien développés, que les articulations ne présentent pas de craquements et jouissent de la liberté de tous leurs mouvements. Il existe des nodosités de Bouchard, surtout au médius et à l'annulaire des deux mains. En somme, il n'y a aucune gêne ni altération dans le fonctionnement des membres supérieurs, sauf en ce qui concerne les mouvements des épaules ; le malade ne peut arriver qu'avec peine à mettre ses mains sur sa tête, et dans les mouvements passifs on se sent arrêté net dès qu'on cherche à lever le bras au-dessus de l'horizontale. La musculature des épaules est bien développée.

Le rachis est incliné très nettement de droite à gauche et de haut en bas dans toute sa moitié inférieure à partir de l'angle inférieur d'insertion du trapèze ; de plus, depuis ce niveau jusqu'au sacrum,

la direction du rachis est peu courbée dans le sens antéro-postérieur. Puis à partir de ce même point en remontant, elle devient un peu plus concave en avant jusqu'au niveau de la proéminente et là la courbure change pour devenir concave en arrière ou plutôt en haut.

Les mouvements de rotation de la tête sont limités, plus d'ailleurs à droite qu'à gauche ; en effet, du côté droit il ne la tourne que de 45° ; à gauche, il peut la tourner de 60 à 70°. Quand il est debout et qu'on lui dit de baisser la tête le plus possible la direction normale de son regard tombe à une distance de $1^{m}, 75$ environ en avant de ses pieds ; quand on lui dit alors de relever sa tête le plus possible, la direction normale de son regard se porte à une hauteur de $2^{m}, 10$ pour une distance de 2 mètres ; en résumé, l'excursion de la tête dans le sens « flexion, extension », est très limitée, cette excursion n'excède certainement pas 35°. Quand aux mouvements d'inclinaison latérale de la tête, c'est à peine s'il en subsiste un vestige.

Il existe un aplatissement antéro-postérieur très marqué du thorax. Un aplatissement analogue se montre aussi, mais dans un moindre degré, au niveau du bassin.

Pendant la respiration on constate l'immobilité des côtes, sauf peut-être des côtes les plus inférieures ; la respiration est complètement abdominale.

Il faut encore noter qu'il existe une saillie des ailerons du sacrum assez prononcée, ainsi que des deux cornes inférieures de cet os.

Au mois de mai 1897, H.... a commencé à éprouver des crampes assez violentes dans les épaules, il a perdu l'appétit et sans présenter de fièvre s'est trouvé cependant très souffrant ; depuis lors, les mouvements des épaules sont devenus plus difficiles qu'ils n'étaient ; les douleurs ont ensuite remonté dans la nuque.

Du côté de la marche aucune modification n'est à signaler non plus que du côté des membres inférieurs.

Etat le 8 février 1898 d'après un examen fait par M. Ganault, élève du service.

Lorsque le malade est levé et qu'il raidit les genoux dans l'extension, le tronc fait avec les membres inférieurs un angle d'environ 110 à 120 degrés ; la poitrine est presque parallèle au sol et la face regarde presque directement en bas, l'occiput dépassant à peine la ligne du dos et la suture sagittale étant presque verticale au lieu d'être antéro-postérieure.

Mais cette attitude est un peu forcée. Habituellement, le malade,

cherchant à voir devant lui, relève légèrement la tête, ce qui l'oblige à fléchir les jarrets, il prend ainsi une attitude en Z. Si la station debout se prolonge il se fatigue vite et est alors forcé de prendre point d'appui avec ses deux mains sur l'extrémité inférieure de ses cuisses pour soutenir le haut du corps.

Tête et rachis. — L'articulation temporo-maxillaire est absolument saine — aucune douleur — aucune gêne de mouvements. La colonne vertébrale forme une tige osseuse absolument rigide presque depuis l'occiput jusqu'au sacrum, présentant une exagération de la courbune normale antéro-postérieure à la région dorsale supérieure et un effacement marqué de l'ensellure lombaire ; présentant en outre une scoliose très nette de la région cervico-dorsale à sommet tourné vers la droite et répondant à la quatrième vertèbre dorsale approximativement. Une courbure de compensation en sens inverse existe à la région dorso-lombaire à sommet gauche vers la deuxième vertèbre lombaire.

Les mouvements de *flexion* et d'*extension* de la tête sont très limités (30 à 35°).

Les mouvements de torsion de la tête sont également très limités quoique plus étendus que les précédents. L'angle formé par les deux positions extrêmes de la tête dans ces mouvements, peut être évalué à 80°. Il est probable que ces mouvements se passent uniquement dans les articulations axoïdo-atloïdienne et atloïdo-occipitale, et que les articulations des vertèbres cervicales entre elles n'y participent pas, car les mouvements d'inclinaison latérale de la tête possibles normalement, grâce au jeu des disques intervertébraux, sont complètement abolis, ce qui indique la perte d'élasticité de ces disques et la fixation des vertèbres les unes aux autres par une ankylose fibreuse très serrée ou peut-être osseuse. Cette hypothèse est encore rendue plus vraisemblable par le fait que lorsque, avec le doigt introduit dans le pharynx, on explore la face antérieure des corps vertébraux cervicaux, on sent quatre ou cinq tubercules osseux, dont deux ont à peu près le volume d'un gros pois. Toute la face antérieure de cette partie du rachis accessible au doigt est irrégulière, bosselée, déformée par ces productions osseuses.

Vu de dos, le malade paraît bien musclé. Les omoplates, enveloppées de leur couche musculaire bien développée, forment de chaque côté de la ligne épineuse vertébrale un relief très marqué. Les muscles qui les attachent au rachis (trapèze, angulaire, romboïde) sont

vigoureux. Les muscles scapulo-huméraux (sus et sous-épineux, sous-scapulaire, petit rond et grand rond), le sont également, comme on peut s'en convaincre, non seulement par le relief très appréciable que les plus superficiels font en se contractant sous la peau, mais aussi par l'intégrité des mouvements qu'ils impriment à l'humérus.

Le grand dorsal est également bien conservé. La masse sacro-lombaire existe encore mais est peu développée, les apophyses épineuses des vertèbres lombaires sont saillantes, non plus dissimulées au milieu de la masse de ces muscles.

Les mouvements d'inclinaison latérale, de flexion ou d'extension du tronc sont complètement abolis. La peau présente au niveau de la moitié inférieure de la région sacrée la cicatrice d'une large eschare que le malade prétend avoir eu en 1889 à la suite d'un séjour d'un mois dans une gouttière de Bonnet. (M. Routier, dans le but de rompre l'ankylose des deux hanches, lui avait fait probablement l'arthrectomie des deux articulations coxo-fémorales, ainsi qu'en témoignent deux cicatrices linéaires au niveau, à droite, et un peu en arrière, à gauche, du bord postérieur des deux grands trochanters).

Le sacrum paraît avoir exagéré sa courbure normale en avant. Mais cette exagération de courbure s'est faite angulairement en arrière, et il existe à environ trois travers de doigt au-dessus de l'extrémité supérieure du pli interfessier une saillie angulaire osseuse très appréciable au niveau de laquelle la lente courbure d'inflexion du dos et des lombes, très oblique jusque-là, devient presque verticale. Cette coudure est peut-être plus apparente que réelle, car il paraît y avoir à ce niveau du sacrum des productions osseuses anormales, et comme ces productions siègent au point même où l'eschare s'est produite, peut-être ne sont-elles pas sans relation avec les troubles trophiques dont l'eschare a été une manifestation cutanée.

Thorax. — Le thorax est aplati d'avant en arrière. Vu de face il paraît plat transversalement et verticalement. Il est complètement immobile, les mouvements respiratoires n'intéressant que l'abdomen. Même dans les plus grandes inspirations, le thorax ne subit aucune dilatation, ainsi que la mensuration nous a permis de nous en assurer.

Les côtes sont saillantes sur les parties latérales, ce qui peut faire supposer un certain degré d'atrophie des muscles intercostaux et du grand dentelé. Les espaces intercostaux se dépriment à chaque grande inspiration et se tendent au contraire pendant l'expiration.

Le grand pectoral est bien développé.

Articulation scapulo-humérale. — Pas d'autre déformation appréciable de l'épaule qu'un peu de gracilité du muscle deltoïde.

Les mouvements du bras un peu étendus s'accompagnent de craquements très nets et très nombreux des deux côtés. Le bras pendant le long du corps, et l'avant-bras étant fléchi à angle droit sur les bras, et appliqué sur la face antérieure du thorax, on constate que les mouvements de rotation externe ne dépassent l'angle droit que de quelques degrés, le malade ne pouvant pas donner à son avant-bras une direction bien éloignée de la position antéro-postérieure. Les mouvements de *flexion* sont également altérés ; le malade peut fléchir le bras et l'élever au-dessus de l'horizontale, mais il ne peut l'élever verticalement au-dessus de sa tête et l'angle que fait ce bras ainsi élevé avec la verticale peut être évalué à 45°.

Les mouvements d'*abduction* sont également plus restreints que normalement, le malade ne pouvant pas élever dans l'abduction son bras beaucoup plus haut que l'horizontale.

Les mouvements d'*extension* sont relativement mieux conservés et ont presque l'amplitude normale.

Les fonctions des articulations scapulo-humérales sont mieux conservées chez ce malade que chez Ham... L'étendue relative des mouvements qu'elles permettent indiquent que l'ankylose est beaucoup moins serrée que chez Ham... Mais les omoplates, peut-être par suite de l'usage continuel des béquilles, ont acquis une grande mobilité, ce qui ne contribue pas peu à augmenter l'étendue des mouvements du bras. Le malade, pendant ces divers mouvements, se plaint d'éprouver une sensation de tiraillement dans les muscles avoisinant ces articulations. Nous nous sommes assuré que ces mouvements ne provoquaient pas cependant de contraction réflexe des muscles antagonistes.

L'état des deux articulations scapulo-humérales droite et gauche est le même.

Membre inférieur. — L'articulation sacro-iliaque ne paraît pas sensible à la pression. Mais l'épine iliaque postéro-supérieure droite est beaucoup plus volumineuse et est douloureuse à la pression. Il y a là hyperostose.

Articulation coxo-fémorale. — Les deux membres inférieurs sont fléchis sur le bassin, parallèlement l'un à l'autre, les deux condyles internes restant écartés l'un de l'autre de 5 centimètres environ.

Le malade ne peut ni les écarter ni les rapprocher, même d'un centimètre, il ne peut non plus ni fléchir ni étendre la cuisse. L'articulation de la hanche est complètement ankylosée. La pression à son niveau est sensible mais non douloureuse.

Genoux. — Les genoux ont une apparence globuleuse, ce qui tient à l'affaissement des dépressions normales. — Craquements dans les mouvements un peu étendus. Limitation de la flexion. — Mouvements de latéralité assez accentués, surtout à gauche.

Observation III (1).

Ham..., homme âgé de 41 ans. — Est né à Paris, a été en apprentissage comme coutelier, puis trois ans après, prend la profession assez dure, paraît-il, de découpeur pour articles de voyage. En 1876 a été garçon de peine dans une maison de cartonnnages, jusqu'en 1878, il portait alors très souvent des paquets sur la tête. En 1875 a éprouvé une très vive douleur dans le genou gauche, cela a duré deux heures pendant lesquelles il a été dans l'incapacité de faire usage de de la jambe gauche, puis cela a disparu complètement.

Il a fait son service militaire comme matelot dans la flotte ; en 1879-1880 étant dans les vergues, il sentit une assez vive douleur dans le genou, cette douleur alla en augmentant, il dut se couh er, et resta trente jours au lit, après cela il dut conserver pendant quelque temps un coussin autour du genou, fut exempté du service des vergues et du tir agenouillé.

Son service militaire prit fin en 1882. Il devint alors homme de peine chez un emballeur. Jusqu'en 1888 s'est très bien porté. — En août 1888, il tomba dans une cave, son dos heurta les marches de l'escalier, il perdit connaissance pendant près d'un quart d'heure. Ses testicules auraient enflé (le malade nie formellement toute espèce d'affection vénérienne à aucun moment de sa vie, sauf un chancre volant pendant qu'il était marin). Dans la quinzaine qui a suivi cette chute le malade a pu continuer à travailler, mais bientôt des phénomènes d'hystéro-neurasthénie traumatique très accentués (cauchemars, dyspnée, bouffées de chaleur, étincelles dans les yeux, etc.), sont survenus et l'ont empêché de continuer son travail.

---

(1) P. Marie, In *Revue de Médecine*, avril 1898, v. p. 294.

C'est à cette époque qu'il fait remonter la première constatation d'une légère gêne dans certains mouvements du rachis, par exemple pour ramasser un outil. Son état était alors si lamentable qu'il fut soigné comme phtisique.

Il entra à l'hôpital Bon-Secours, en 1890, plus pour son état nerveux que pour autre chose. A cette époque il ressentit dans la région sacro-coccygienne, une douleur extrêmement vive qui le mettait dans l'impossibilité de s'asseoir; en effet, dès que son coccyx portait sur un siège il éprouvait des douleurs épouvantables ; il pouvait, à la rigueur s'asseoir sur une seule fesse ou en faisant usage d'un coussin en couronne. Cette douleur éprouva une sorte de progression ascendante et arriva dans la région dorso-lombaire du rachis, puis elle alla plus haut encore et atteignit la nuque. — A ce moment Ham... ne pouvait plus, comme il dit, porter sa tête, il lui semblait qu'elle serait tombée s'il ne l'avait pas soutenue avec les mains ; dans ces moments-tà il éprouvait de la gêne de la respiration ; la déglutition était considérablement troublée, il ne pouvait prendre que des aliments liquides.

En février 1892 il dut quitter l'Hôpital Bon-Secours, il entra à l'Hôtel-Dieu ; les douleurs cervicales étaient telles que le médecin qui le reçut fit le diagnostic du « Mal de Pott » et lui appliqua d'urgence un appareil plâtré ; pendant dix mois il fit usage soit d'un appareil de ce genre, soit d'une minerve.

Vers les derniers mois de 1891 il s'était déclaré dans la hanche gauche une douleur qui obligea Ham... à rester au lit pendant quelques jours. — Un peu plus tard, des douleurs du même genre se montrèrent dans la hanche droite. — Quand il entra à Bicêtre en 1893, il marchait avec des cannes par suite de la douleur et de la difficulté des mouvements dans les deux articulations coxo-fémorales. La tête et le cou étaient un peu moins soudés qu'actuellement. Pendant son séjour à Bicêtre la soudure du rachis et des articulations coxo-fémorales a considérablement augmenté.

Quant aux épaules, le malade y a éprouvé quelquefois des douleurs, mais il ne peut préciser à quelle époque. Il croit que c'était en 1882.

Pendant son séjour à l'Hôtel-Dieu, il a présenté des douleurs et du gonflement de la deuxième articulation carpo-métacarpienne gauche, au niveau du premier espace interosseux, il subsiste à ce niveau une sorte d'exostose. C'est le seul accident de ce genre qu'il y ait eu à constater du côté des extrémités.

Etat actuel, 30 octobre 1897. — Le phénomène le plus saillant consiste dans une soudure extraordinairement prononcée de la colonne vertébrale. Le rachis est à peu près vertical depuis sa partie inférieure jusqu'à l'union des deux tiers inférieurs de la colonne dorsale avec son tiers supérieur; à partir de là, il commence à s'incliner en avant et cette inclinaison augmente à mesure qu'on se rapproche de la tête. En outre, la moitié supérieure du rachis est déviée à droite, cette déviation n'est pas très accusée, et plutôt rectiligne que curviligne. La position que prend Ham... pour rester debout est la suivante : le tronc, dans ses deux tiers inférieurs, est à peu près vertical, sa partie supérieure est inclinée en avant, mais c'est surtout le cou qui, à partir de sa base (épaules), est fortement projeté en avant; il n'est pas absolument horizontal, mais se rapproche beaucoup de cette direction; quant à la face, elle est tournée vers le sol, et une ligne passant par le sommet de la tête et le menton viendrait rencontrer le tronc immédiatement au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure; en outre la face regarde légèrement à gauche par suite d'un peu de rotation sans inclinaison latérale; la position de la tête est nettement indiquée par ce fait qu'une ligne passant par le conduit auditif externe et le menton est verticale. Les cuisses sont légèrement fléchies sur le bassin et assez rapprochées l'une de l'autre sans que cependant les genoux ni les malléoles soient au contact (les genoux sont écartés d'environ 2 centimètres). Les genoux sont également un peu fléchis et les pieds reposant sur le sol par toute l'étendue de la face plantaire, il s'ensuit forcément un certain degré de flexion dorsale dans l'articulation tibio-tarsienne. Lorsque Ham... doit se tenir debout sans canne, il appuie un peu ses deux mains sur la face antérieure de ses cuisses.

Pour marcher, Ham... se sert ordinairement de cannes ou de béquilles bien qu'il puisse faire quelques pas sans cet aide. On constate qu'il n'existe aucun mouvement dans les articulations coxo-fémorales, tout se passe dans les genoux et dans les pieds; Ham... commence par soulever le talon du pied qui est en arrière de façon à ne plus toucher le sol que par l'extrémité des orteils, il prend alors un élan de façon à soulever son corps sur le pied qui se trouve en avant et qui est appliqué contre le sol par toute son étendue, cet élan élève assez la moitié du bassin correspondante au pied situé en arrière pour que celui-ci puisse exécuter le mouvement d'oscillation qui le portera en avant. Pendant la marche l'aspect du malade

peut être comparé à celui d'un mannequin de peintre dont les deux genoux seraient traversés par un axe unique et dont seule la portion des membres inférieurs située au-dessous des genoux prendrait part aux mouvements. Pendant la marche le haut du corps se porte encore un peu plus en avant.

Lorsqu'on engage Ham . . à s'asseoir, il se place de telle sorte que le coccyx repose sur le bord antérieur de la chaise et les épaules sur le dossier ; ce sont les seuls points du corps par lesquels il repose sur la chaise, les pieds sont à plat sur le sol et s'y appuient de telle sorte que si on ne maintenait pas la chaise par derrière le malade glisserait, repousserait la chaise en arrière et tomberait sur le dos. Aussi Ham. . . ne fait-il usage pour s'asseoir que d'un fauteuil très haut et très lourd ; il aime aussi s'asseoir sur l'appui de la fenêtre près de son lit, au rez-de-chaussée.

Quand le malade est couché, c'est toujours sur le dos, les jambes sont étendues et reposent sur le plan du lit, mais le haut du corps et la tête se trouvent inclinés en avant d'une façon immuable; il a inventé, pour les soutenir, de faire poser à la tête de son lit une potence en fer qui surplombe celui-ci et donne attache à un foulard passant sous son occiput et donnant ainsi appui au crâne.

Lors du tirage au sort, la taille était de $1^m,66$.

Elle est actuellement de $1^m,47$.

L'examen des différentes articulations donne les résultats suivants :

La tête ne peut être remuée d'aucun côté.

Les articulations coxo-fémorales sont absolument soudées et ne peuvent exécuter aucun mouvement, pas même la plus légère abduction.

Les genoux, au premier abord, semblent avoir une mobilité normale, tout au moins le malade n'accuse aucune gêne de ce côté, mais un examen méthodique montre que la flexion est maintenant entravée; tout ce que le malade peut faire, c'est un angle de 120° environ entre la partie postérieure de la jambe et de la cuisse ; au contraire, l'extension est parfaite : pas de mouvements de latéralité.

Les articulations tibio-tarsiennes et du pied ne présentent aucun trouble dans leur mobilité.

Quant aux membres supérieurs, voici ce que l'on constate :

Les mouvements de l'articulation scapulo-humérale sont très réduits. Le malade ne peut étendre le bras horizontalement, soit dans le sens antéro-postérieur, soit dans le sens transversal qu'avec la plus grande

difficulté, et c'est tout au plus s'il peut arriver à former, avec son bras et le thorax, un angle de 60°. Pour exécuter ces différents mouvements, il élève fortement le moignon de l'épaule, et l'on constate qu'il ne peut imprimer un mouvement à son bras qu'en faisant basculer l'omoplate et portant son angle inférieur très en dehors. Les mouvements d'abduction et de flexion du bras ne se passent pas dans l'articulation de l'épaule et sont dus à un déplacement en masse de l'omoplate. Ham... ne peut mettre sa main sur sa tête qu'avec une certaine difficulté.

Les mouvements de rotation de l'humérus sont très limités et comprennent à peine 20 degrés. Les mouvements de l'articulation sterno-claviculaire persistent, mais sont peu étendus à droite.

Lorsqu'on fait exécuter à Ham... ces divers mouvements, la main appliquée sur le moignon de l'épaule perçoit des craquements nombreux et assez gros; si on insiste un peu en exagérant les mouvements passifs, le malade accuse de la douleur. Les articulations du coude, du poignet et des doigts sont intactes. On doit signaler cependant l'existence de nodosités de Bouchard très nettes, surtout au médius et à l'annulaire de chaque main.

Par suite de l'ankylose ou de la limitation des mouvements dans certaines articulations, le malade ne peut s'habiller seul, il ne peut mettre ni ses chaussettes, ni ses bottines; il ne peut ramasser un objet tombé à terre. Quand il s'agit de passer la chemise et la vareuse, la chose est loin d'être aisée par suite de la limitation des mouvements de l'épaule. La force des membres supérieurs est d'ailleurs fort bien conservée; c'est ainsi que, pour qu'on lui passe son pantalon, le malade se soulève très haut avec les mains sur les dossiers de deux chaises.

Quant à l'appareil musculaire, le grand dorsal est très diminué de volume; la masse sacro-lombaire présente également une notable diminution. Les muscles du bassin et de la cuisse sont atrophiés; le grand fessier semble en grande partie disparu à droite, très diminué à gauche, le pli fessier étant bien plus constitué par de la peau que par du muscle.

Le moyen fessier paraît subsister encore. Les muscles de la cuisse ont éprouvé une certaine atrophie, mais celle-ci n'est nullement comparable comme intensité à celle que l'on observe quelquefois dans les arthrites du genou. Le couturier semble faire défaut des deux côtés.

Il existe un aplatissement très prononcé du bassin dans le sens antéro-postérieur, ce qui tient à la diminution de volume des fessiers et peut-être aussi à un aplatissement de l'os iliaque lui-même. La concavité sacro-coccygienne est plus accentuée que normalement.

Aplatissement antéro-postérieur très prononcé du thorax. Les côtes sont soudées au rachis et ne subissent plus aucun mouvement, la respiration est presque exclusivement abdominale. Par suite, le malade se plaint d'avoir la respiration courte, mais à proprement parler on ne constate aucune gêne de la respiration.

Par le toucher pharygien on constate nettement l'existence de tubercules osseux surajoutés sur les parties latérales des vertèbres cervicales ; la déglutition n'est nullement troublée.

Il existe des secousses fibrillaires ou plutôt fasciculaires très nettes et d'une fréquence sur les pectoraux, les muscles de l'abdomen, le quadriceps fémoral, les fessiers, le grand dorsal, peut-être aussi sur les adducteurs de la cuisse.

Les réflexes rotuliens existent et sont plutôt un peu forts. Pas de clonus du pied.

Observation IV (1).

M. X..., vingt-huit ans, avocat, vient en 1886, consulter M. le professeur Charcot pour une gêne progressive des mouvements.

Au point de vue des antécédents on trouve quelques accidents nerveux chez un oncle maternel. Il n'y a d'ailleurs dans la famille ni rhumatisme, ni goutte.

Le malade aurait éprouvé, vers l'âge d'un an, des convulsions, mais très légères et attribuées à la dentition. Jamais de maladies graves — rougeole et coqueluche bénignes.

Vers l'âge de dix-huit ans, il ressentit des douleurs dans l'aine gauche et quelquefois dans l'aine droite.

Dans la vingtième année, cure à Aix-la-Chapelle qui ne semble pas avoir réussi. — Cette cure ne fut d'ailleurs pas instituée contre la soudure de la colonne vertébrale qui n'existait nullement alors, mais contre les douleurs qui viennent d'être signalées et pour améliorer l'état général.

---

(1) P. Marie, *Revue de Médecine*, avril 1898, p. 299.

Pendant les deux ou trois années suivantes, M. X... éprouva des palpitations et quelques troubles gastriques, son appétit était irrégulier et après le repas il ressentait pendant deux ou trois heures des malaises.

A l'âge de vingt-six ans, en 1884, au moment de l'ouverture de la chasse (le malade marchait jusqu'alors très bien et chassait volontiers, c'est tout au plus s'il éprouvait de temps en temps une sorte de douleur rhumatismale dans la ceinture ou les reins), il tomba à l'eau dans un marais et continua à chasser pendant toute la journée sans pouvoir se réchauffer. Il lui fut également impossible de se réchauffer le lendemain et il dut retourner chez lui. — A la suite de cet accident, il éprouva une lassitude insurmontable, mais sans douleurs très marquées, soit dans les reins, soit ailleurs.

Dès ce moment il ressentit une sorte de torticolis, le cou était comme soudé et tournait tout d'une pièce. Le médecin de la famille lui conseilla de faire de l'escrime « pour se dérouiller »; le malade continuait d'ailleurs à danser comme auparavant.

En 1885 il était encore capable de chasser et même pendant assez longtemps; mais à la suite de l'hiver 1885 où il avait été beaucoup dans le monde, il se trouva très fatigué.

Au mois de juillet et d'août 1886, une saison de bains de mer semble avoir été favorable.

C'est vers le mois de juin 1886 que M. X... s'aperçut que son squelette se déformait; il remarqua tout d'abord que sa hanche droite devenait de plus en plus saillante et que l'épaule droite avait une tendance à s'abaisser et les côtes du même côté à rentrer.

En effet, actuellement, la hanche droite (épine iliaque antéro-supérieure) fait une proéminence accentuée et est un peu élevée, peut-être est-ce la raison pour laquelle elle paraît légèrement augmentée de volume.

D'une façon générale le malade semble « empalé », la tête et le tronc sont légèrement courbés en avant. La colonne vertébrale décrit surtout dans la région dorsale, une courbure médiocrement prononcée à convexité en arrière ; elle éprouve en outre une courbures latérale à concavité droite. Le rachis présente en outre ce phénomène singulier que les différentes pièces qui le composent ont perdu pour ainsi dire toute mobilité, la rotation du tronc se fait en masse et non plus par segments, comme si les différents corps vertébraux étaient soudés entre eux. La rotation du cou est également à peu près impossible.

En outre les bras sont écartés du corps, et en somme le malade présente assez bien l'aspect d'un anthropoïde.

Le crâne est assez volumineux, mais le malade affirme que ses dimensions ne se sont pas accrues, et d'ailleurs la tête du père qui assiste à la consultation présente une conformation et une circonférence tout à fait analogues. — Les dents n'offrent rien de particulier.

Le malade n'a remarqué aucune modification, et on n'en constate aucune, dans les os des membres ; les extrémités (pieds, mains) sont absolument indemnes.

Les mouvements de la cuisse sont malaisés, M. X... éprouve une réelle difficulté à croiser, quand il est assis, la jambe gauche sur la droite. Les mouvements de l'épaule sont encore plus limités (un certain degré d'atrophie des muscles pectoraux). Quant à ceux du coude, du poignet et des doigts, du genou, du pied et des orteils, ils sont libres ; notons cependant qu'il existe souvent des craquements dans ces articulations (surtout épaule et coude).

Le malade signale comme assez fréquentes des espèces de douleurs fulgurantes faisant le tour de la ceinture, mais peu violentes ; de sorte qu'il dit ne pas souffrir en réalité. — Aucun trouble des organes des sens. — Il n'existe aucun tremblement.

J'ai appris l'année suivante que le traitement conseillé par M. Charcot (saison à la Bourboule, — pointes de feu le long du rachis) avait été suivi d'une légère amélioration, mais qu'en réalité l'affection subsistait dans son intégrité.

Observation V (1).

Pot... est âgé de trente-un ans. En 1894, après une blennorragie à répétition (1887-1890-1892), il fut atteint d'une légère arthrite tibio-tarsienne à droite ; en 1895, survinrent des douleurs dans la région cervicale du rachis, une saison à Aix, en Savoie, n'amena qu'une amélioration peu marquée ; en 1896, les douleurs allèrent en augmentant, la raideur de la région cervicale du rachis s'accrut également jusqu'a aboutir, en 1897, à une soudure presque complète de cette région. — Actuellement la tête est inclinée à droite, le cou penché

(1) Marie, *Revue de Médecine*, avril 1898, p. 313.

en avant ; la rotation de la tête et du cou est presque impossible ainsi que la flexion et l'extension. A la palpation on sent les masses des muscles postérieurs du cou fortement lardacées, l'empâtement s'étend depuis l'occiput jusque vers la septième cervicale ; à ce niveau, sauf dans le voisinage des deux premières cervicales, la pression ne réveille d'ailleurs presque aucune douleur.

Mais en dehors de cette affection de la région cervicale qui trouve son explication dans l'état local des tissus périvertébraux et qui est une arthrite blennorragique classique de la région cervicale, il existe des troubles dans un bien plus grand nombre de points du squelette. — Le malade ne peut se courber pour ramasser un objet tombé à terre, dans ses efforts pour y parvenir on le voit fléchir les genoux et un peu les articulations de la cuisse avec le bassin, mais le rachis lui-même n'effectue presque aucun mouvement. D'ailleurs la flexion dans les articulations coxo-fémorales est nettement limitée et n'offre plus guère que la moitié de l'excursion normale. De même pour les genoux, la flexion est limitée, le talon ne peut être amené au contact de la fesse. Enfin les épaules sont prises elles aussi, les bras ne peuvent être élevés au-dessus de l'horizontale. A aucun moment ces articulations n'ont été le siège d'un processus aigu ou subaigu ; le malade, très intelligent et cultivé, ne s'était même pas aperçu qu'il se fut passé quelque chose d'anormal du côté de ces différentes articulations ; c'est notre examen qui lui a révélé la limitation de leurs mouvements.

CONCLUSIONS

La spondylose rhyzomélique est une maladie chronique caractérisée par la coexistence d'une soudure de tout ou presque tout le rachis avec une ankylose plus ou moins complète des deux articulations coxo-fémorales et une limitation plus ou moins prononcée dans les articulations scapulo-humérales.

Elle diffère du rhumatisme chronique ordinaire par trois caractères particuliers :

1° Les petites jointures des extrémités des membres restent indemnes ;
2° Cette maladie débute vers la fin de l'adolescence ou vers le commencement de l'âge adulte ;
3° Elle est particulière au sexe masculin.

C'est une affection incurable et inexorablement progressive.

Vu :
Le Président de la Thèse,
C. POTAIN.

Vu :
Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu :
et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Pierre Marie. Deux cas de spondylose rhyzomélique. *Bullet. de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris,* 1898, n° 5.

Pierre Marie et **Léri.** Examen de rachis dans un cas de spondylose rhyzomélique. *Bullet. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris,* 1899, n° 8.

Gasne. Rapport d'une autopsie de spondylose rhyzomélique. *Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris,* 1899, p. 271.

Milian. Présentation de deux malades atteints de spondylose. *Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris,* 25 novembre 1898.

Pierre Marie. Sur la spondylose rhyzomélique. *Rev. de Méd.*, avril 1898.

Thanassesco. *Contribution à l'étude du rhumatisme chronique de la colonne vertébrale.* Thèse de Paris, 1892.

P. Marie. Sur la spondylose rhyzomélique. *Rev. des Sciences méd. de Hayem*, 1898, p. 153.

Vittorio Ascoli. Contribution à l'étude de la spondylose rhyzomélique. *Presse médicale,* 1899, n° 8 et *Il policlinico*, 1898, n° 12.

R. Kœhler. Un cas rare de spondylose déformante. *Charité Annalen,* XII, 1887, p. 619.

Berthold Beer. Sur la rigidité de la colonne vertébrale. *Wiener medizinische Blätter,* 1897, n°s 8 et 9.

Strümpell. Bemerkung über die chronische ankylosende Entzündung der Wirbelsäule und der Hüftgelenke. *Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk,* 1897, p. 338.

Saint-Brieuc. — Typographie F. Guyon, rue Saint-Gilles (848-5-99).